

REVISTA DE REVISTAS

THE LANCET

Londres, Noviembre 30 de 1946.

Artículos originales:

Signos cardíacos en adultos jóvenes (con referencia especial a los soplos funcionales).

Absorción y excreción de agua; la hormona antidiurética (Fin).

Penicilina oral para la gonorrea.

Respuesta hemopoyética al ácido fólico en la anemia perniciosa.

Examen de los contactos domésticos con personas TBC.

Hipertensión e ingestión de calcio.

SIGNOS CARDIACOS EN ADULTOS JOVENES (Con referencia especial a los murmullos funcionales). - **G. Bourney - St. Bartholomew Hosp.**

Londres.

El estudio se basa sobre 308 sujetos, 224 de los cuales tenían corazón normal y 84 eran cardiopatas. Tratándose de sujetos enviados al especialista para obtener un concepto, el grupo es representativo de aquellos casos en que el médico corriente sospecha una enfermedad cardíaca.

Tales casos dudosos entran en dos categorías:

a) Estado físico normal, asociado con síntomas cardíacos.

b) Función cardíaca perfecta, con signos de enfermedad del corazón.

El primer grupo no es otro que el del síndrome de esfuerzo; sujetos cuyo corazón reacciona de manera excesiva ante esfuerzos ligeros, dando origen a palpitaciones, fatiga y respiración superficial, que no se presentan en condiciones análogas en sujetos normales. Se añaden síntomas de origen posiblemente vasomotor: sudor frío (generalmente localizado y en especial axilar, palmar, plantar o de la frente, siempre excesivo), vértigo, y nerviosidad. Suele haber taquicardia y caída tensional ortostática.

El segundo grupo —tema del artículo— es el de sujetos cuya función es normal pero en los cuales el estudio del corazón presenta signos que sugieren alteración del órgano; cabe considerar:

Tamaño del corazón: Aumentado: hubo o hay enfermedad cardíaca.

Normal: probablemente no hay enfermedad, especialmente si se trata de un joven.

Pequeño y de tipo longitudinal: no hay enfermedad cardíaca.

La posición de la punta es engañosa con frecuencia; la teleradiografía y el ortodiagrama sí son dignos de fe.

Primer ruido: Puede ser intenso, pero si la tonalidad es baja, y el timbre es musical, es normal. Si el tono se eleva y el ruido tiende a semejar al segundo ruido, hay sospecha de anormalidad.

Segundo ruido: El desdoblamiento en la base es frecuente, en especial durante la inspiración, y no tiene significado.

Tercer ruido: Caso de ser audible, es corto, separado y no se acompaña de rodar diastólico ni soplo presistólico; el primer ruido es normal y radiológicamente el tamaño es normal y el cono pulmonar no está agrandado.

Soplos:

A) Sistólicos: el de la punta, sin propagación, frecuentemente no audible en posición de pie, que desaparece con la inspiración profunda, carece de significado; el soplo sistólico de la base, conducido en sentido descendente y sobre el lado izquierdo del esternón, acompañado a veces de algo que casi es un thrill, no significa mayor cosa cuando su intensidad es mayor en la base que en la punta, y cuando el corazón es radiológicamente normal.

Un soplo sistólico no francamente orgánico es tanto menos significativo cuando más soplos semejantes estén presentes en un caso dado.

El soplo sistólico de la punta, claramente audible en la axila pero sólo durante la inspiración no es mayormente significativo; suele coexistir con el soplo de la base descrito ya, y en corazones de tipo estrecho longitudinal, no enfermos por consiguiente.

B) Extracardiácos: el más común es el mesocardiaco que se propaga un tanto hacia la base y hacia la punta, no se acompaña de thrill, ocasionalmente áspero en el foco pulmonar, o musical, siempre borrado por la inspiración profunda; el soplo en cuestión se oye en el 4 espacio izquierdo y junto al esternón.

Tensión arterial: a menudo elevada en los sujetos nerviosos; debe tenerse en cuenta: a) Comportamiento del sujeto, que dará indicación sobre su nerviosidad, b) una taquicardia asociada, generalmente presente en las elevaciones neurógenas de la tensión y c) corazón radiológicamente no agrandado en forma alguna, e incluso pequeño. El dato diastólico es mucho más importante que el sistólico: si es normal o sólo ligeramente aumentado, la tensión alta suele ser neurógena.

Establecimiento del estado cardíaco del sujeto: Lo que es fundamental definir consta de:

a) Tamaño del corazón (v. atrás)

Tono del primer ruido: es, bajo y musical? en tal caso es poco posible que un soplo asociado sea de enfermedad mitral.

c) Desaparece el soplo cambiando de posición, o en alguna fase respiratoria? No es orgánico en tal caso.

ABSORCION Y EXCRECION DE AGUA (La hormona antidiurética) (2ª parte).

E. B. Verney - Prof. de Farmacología - Univ. Cambridge.

Si la diuresis acuosa está gobernada por la secreción posthipofisiaria, ésta debe a su vez ser función de la presión osmótica del plasma arterial.

Experiencias realizadas en perros, condujeron a los siguientes resultados: las inyecciones en la arteria carótida mostraron un efecto depresor de la diuresis por parte de las soluciones hipertónicas, dependiendo la magnitud de la respuesta de la tonicidad de la solución y de la velocidad de in-

yeción. Las respuestas tenían una evolución que sugería origen posthipofisiario, y en efecto, la ablación de dicho lóbulo posterior determinó una gran reducción de la respuesta a las inyecciones intracarotídeas (respuesta del 10% de lo obtenido antes). La respuesta a las inyecciones intracarotídeas e intravenosas de extracto postpituitario es la misma.

Para probar que realmente era la presión osmótica el factor que desencadenaba las respuestas se ensayaron soluciones isoosmóticas de NaCl (usado en las experiencias citadas ya) y glucosa: procediendo con velocidad adecuada, las respuestas fueron idénticas (el autor expresa los resultados en términos de actividad posthipofisiaria, partiendo de que la inyección intraarterial de 21 c.c. de sol. NaCl al 2.5% en 20 seg. equivale a la acción de 1 mU de extracto, en cuanto a acción diurética). Es de notar que los osmoreceptores que desencadenan la respuesta hipofisiaria no presentan el fenómeno de acomodación cuando la exposición a las soluciones hipertónicas es corta.

Se pudo demostrar que la hipófisis responde por secreción antidiurética a aumentos de la concentración de cloruros de orden de 8 mg/100 c.c., lo que corresponde a un aumento de 96 mm. de Hg. (menos del 2%) de la presión osmótica de la fase acuosa del plasma, valor que corresponde a los cambios anotados a propósito de la diuresis acuosa en el hombre.

La recuperación gradual de la diuresis después de la inyección de cloruros habla de una destrucción progresiva del factor antidiurético en la sangre o el riñón, como habla de ello el retardo con que se inicia la respuesta con relación al máximo de recargo acuoso del organismo, de manera que la secreción posthipofisiaria se inhibe por elevación de la concentración de cloruros (y posiblemente de algunas otras sustancias osmóticamente activas) en el plasma, y se estimula por el descenso de dichos compuestos; la diuresis acuosa sería una diabetes insípida temporal y fisiológica.

Con inyecciones hipertónicas cortas se comprobó falta de respuesta a la urea e igualdad de repuestas ante glucosa y NaCl, cuando las tres soluciones eran isoosmóticas. Con inyecciones lentas, la acción de soluciones de glucosa que producían el mismo aumento de presión osmótica que las NaCl, era nula, mientras el NaCl seguía siendo activo; de manera que parece que los osmoreceptores son libremente permeables para la urea, menos para la glucosa y prácticamente nada para el NaCl.

En cuanto a la localización de los osmoreceptores, nótese que la respuesta a las inyecciones hipertónicas desaparece cuando la carótida interna se liga (haciéndose las inyecciones en la carótida primitiva).